

L'APPENDICITE CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE

Etude analytique, catamnétique et critique
de l'évolution post-opératoire
(A propos de 310 cas)

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Pierre VAUTHEY

de

CHATEL-SAINT-DENIS (Fribourg)

Thèse No 3523

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1976

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de chirurgie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur J.-C. RUDLER

L'APPENDICITE CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE

**Etude analytique, catamnétique et critique
de l'évolution post-opératoire
(A propos de 310 cas)**

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Pierre VAUTHEY

de

CHATEL-SAINT-DENIS (Fribourg)

Thèse No 3523

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1976

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Jean-Claude Rudler, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 28 juillet 1976

Le doyen :
Jean Posternak
vice-doyen

Thèse No 3523



How to Travel

How to Travel

A MA FEMME

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel

How to Travel



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Plan du travail

Préface	page	7
But du travail		8
Matériel et méthode		8
Définition et rappel historique		11
Aspect clinique		15
Aspect biologique		18
Aspect macroscopique		21
Aspect histologique		24
Evolution et pronostic		25
Correlation anatomo-clinique		27
Résumé		42
Conclusion		42
Bibliographie		44

Préface

L'appendicite chronique : vrai ou faux ? ou :

A-t-on le droit de poser ce diagnostic sur un tableau clinique très pauvre se résumant souvent en une vague douleur de la fosse iliaque droite ?

Nos maîtres en Chirurgie nous ont toujours appris qu'il fallait opérer des diagnostics et non des symptômes.

Ces réflexions, nous les avons faites après avoir séjourné dans un service de chirurgie générale où nous avons vu défiler un nombre important de malades de tous âges hospitalisés en vue d'appendicectomie sur appendicite chronique.

En fouillant quelque peu l'anamnèse nous nous sommes rendu compte que déjà au niveau de l'indication opératoire on pouvait, dans certains cas très facilement réfuter les arguments ayant mené à l'intervention. Nous ne citerons qu'un seul exemple à l'appui de nos dires : Nous avons été amené à examiner une jeune fille de 14 ans qui à la suite de l'absorption de boisson glacée avait présenté une légère "sensibilité" de la fosse iliaque droite. Cet épisode unique constituait le seul symptôme ayant conduit la patiente à l'hôpital. . .

Un deuxième problème tout aussi important fait suite à l'opération puisqu'il s'agit de la navrante monotonie du résultat histologique de toutes ces pièces opératoires. Que l'on parle d'appendice cicatriciel ou de sclérose de la sous-muqueuse appendiculaire, ce qui est probablement une façon moderne, fort élégante de dire la même chose, sans oublier l'appendicite chronique ectasique, oblitérante ou oblitérée, neurogène ou neuromateuse et j'en passe, nous restions toujours "sur notre faim" pour expliquer et surtout pour persuader le malade que l'intervention pratiquée avait eu un but curatif. En plus, il a été prouvé que ces transformations histologiques faisaient partie de phénomènes involutifs tout à fait normaux. Nous y reviendrons.

Finalement, il nous était arrivé de revoir des malades lors de séjours ultérieurs et les plaintes des patients étaient les mêmes qu'avant la première intervention. Nous ne voulons pas oublier le cortège des complications post-opératoires immédiates ou tardives qui, quoique rares peuvent également être la cause de soucis supplémentaires.

Tous ces problèmes liés à ce diagnostic, tous ces problèmes qui entraînent une hospitalisation plus ou moins longue, on le verra, nous semblaient être un fardeau un peu lourd pour le malade qui ne demande finalement qu'à être soulagé de ses maux et qui risque de sortir de l'hôpital avec les mêmes symptômes.

Nous n'avons jamais voulu suivre l'adage qui dit : "Commençons par enlever l'appendice ; si les douleurs persistent, on ne pourra plus l'incriminer".

Aucun raisonnement n'est plus faux puisqu'on pourra en post-opératoire expliquer les douleurs par la création d'adhérences !

Toutes ces considérations n'ont pas pour but de critiquer le travail du praticien, mais au contraire elles pourraient lui venir en aide. Nous comprenons très bien le médecin installé qui, poussé par le temps qui coule parlera plus facilement d'appendicite chronique s'il découvre une fosse iliaque droite sensible ; et que faire du malade qui revient sans cesse à la consultation se plaignant toujours des mêmes douleurs ?

Nous pensons que dans le cadre hospitalier nous pouvons consacrer plus de temps à fouiller une anamnèse en cernant progressivement la symptomatologie. C'est pourquoi, alors que tout semblait avoir été dit sur ce sujet, nous sommes revenu sur la question de savoir si notre intervention était utile ou non.

Nous ne voudrions pas clore cette préface sans profiter de l'occasion qui nous est offerte pour remercier Monsieur le Professeur Jean-Claude Rudler, notre maître et notre directeur de thèse qui a su nous guider tout au long de ce travail, comme il a su nous guider tout au long de nos études. Nous lui devons une infinie reconnaissance.

Cette étude a pu être réalisée grâce au concours de tous les collègues qui ont généreusement répondu aux questionnaires que nous leur avons envoyé. Mesurant le sacrifice de temps et d'énergie qu'a exigé cette participation, nous sommes rempli de confusion et tenons à exprimer à chacun notre infinie gratitude.

Nos remerciements vont également aux Docteurs Claude Rossel et Edward Kunz qui se sont chargés des très nombreux calculs qu'impliquaient l'analyse des résultats.

But du travail

Le but du travail sera double. Il sera d'abord analytique et statistique. Nous examinerons en détail toutes les données recueillies, autant dans les dossiers que dans les questionnaires renvoyés par les médecins et les malades, réponses qui concernent le pré-, per- et post-opératoire immédiat et tardif.

C'est au vu de cette analyse que nous passerons au deuxième but beaucoup plus ambitieux. Nous soumettrons tous nos résultats à une corrélation anatomo-clinique et essaierons de donner une ligne de conduite dans l'indication opératoire des appendicites chroniques.

Matériel et méthodes

Notre idée princeps était de revoir 500 dossiers avec une catamnèse de 10 ans. Notre choix se porta sur l'année 1965, avec comme principe de base :

1. ne prendre que des malades porteurs d'une appendicite chronique et hospitalisés en vue d'appendicectomie.
2. ne s'occuper que de malades suisses pour être sûr de les retrouver 10 ans après, les étrangers ayant eu tout loisir de changer de domicile durant ce laps de temps.

Nous avons rapidement constaté qu'il nous faudrait compiler les dossiers de plus d'une année et, à l'année 1965, nous avons ajouté les années 1966, 1967 et 1968. Cette adjonction a malheureusement raccourci notre catamnèse d'autant.

Ce seront finalement 1431 dossiers que nous aurons revus pour trouver 660 malades suisses. De cette somme, nous en éliminerons encore 160 pour des raisons diverses. (Dossiers incomplets, laparotomies durant laquelle on pratiqua une appendicectomie "en passant").

Ouvrons maintenant une parenthèse puisque nous avons été curieux de connaître la nationalité des 771 autres malades. Les chiffres sont reproduits par le tableau no. 1.

Ce tableau a été réalisé grâce à la collaboration généreuse du bureau cantonal des statistiques qui nous a fourni les chiffres exacts de la population résidente à Genève durant les années nous intéressant.

Le tableau 1a est en chiffre exact ce que le tableau 1b redonne en pourcentage. Nous avons ainsi une statistique opératoire. Le tableau 1c est une statistique épidémiologique en ‰ de la population.

Avant de nous pencher sur les résultats, nous avons 2 remarques à faire :

- l'année 1968 n'a pu être prise en considération puisque sur les 440 appendices opérés nous n'en avons retenu que 104.
- la rubrique AUTRES se compose de malades de 20 nationalités différentes, en particulier des Français (80 cas) et des Allemands (31 cas). Nous avons volontairement soustrait les Français car il nous était impossible de savoir s'il s'agissait de frontaliers ou de résidents en Suisse.

Nous avons surtout été intéressé par les populations italienne et espagnole, puisque ce sont elles qui représentent le plus fort pourcentage d'étrangers à Genève.

On constate sur les tableaux 1a et 1b que pendant que nous recherchions 660 dossiers suisses, nous découvrions 433 dossiers italiens et 176 dossiers espagnols (= 609 dossiers étrangers). En pourcentage, ces chiffres sont encore plus parlants, puisque 46,1 ‰ étaient des dossiers suisses contre 30,3 ‰ chez les Italiens et 12,3 ‰ chez les Espagnols (= 42,6 ‰ en tout). Ces mêmes chiffres en pourcentage d'habitants se montent à 69,4 ‰ de suisses pour 10,2 ‰ d'italiens et 4,9 ‰ d'espagnols (= 15,1 ‰).

Donc : alors que la population étrangère ne représente que le quart de la population résidant en Suisse, nous atteignons l'égalité dans les actes opératoires (46,1 ‰ contre 42,6 ‰).

Sur le plan épidémiologique, il est étonnant de constater que si l'appendicite chronique touche 1 ‰ de la population suisse, ce ne sont pas moins de 4,5 ‰ d'italiens et 3,5 ‰ d'espagnols qui en souffrent.

Toutes ces données statistiques ont-elles une valeur réelle et peut-on dire que nos amis étrangers présentent une maladie appendiculaire dans une proportion de 1 sur 4 ; autrement dit, cette maladie fait-elle partie du syndrome

supposé de la "Transalpinite" ?, ou l'explication se trouve-t-elle dans la situation de haute conjoncture de l'époque ?

Il est bien difficile de répondre et ce n'est pas le sujet de ce travail.

Il est pourtant certain que d'opérer des malades présentant des symptômes hystéroïdes, des hypocondriaques était la solution de facilité, mais nous ne pouvons pas nous attarder à ces considérations étant donné que nous avons volontairement supprimé les cas étrangers de notre thèse.

Cette parenthèse fermée, nous avons procédé de la façon suivante pour obtenir les résultats que nous publions. Chaque médecin et chaque malade ont reçu un questionnaire comportant tous les diagnostics de la pathologie de la fosse iliaque droite. (Tableau no 2 et no 3) Les réponses furent plus nombreuses que nous n'osions l'espérer. 310 questionnaires nous furent retournés par les 2 parties, 82 lettres ne retrouvèrent pas les malades et ce ne sont finalement que 108 appels qui restèrent sans réponse.

Ce sont les résultats de ces 310 cas que nous publions après les avoir soumis à une analyse systématique.

Définition et rappel historique

Il est très difficile de définir cette affection et toutes nos recherches dans la littérature ne nous ont pas permis de découvrir une seule définition valable, ce qui laisserait supposer que cette maladie, probablement une des plus courantes de la Chirurgie sinon de la Médecine est très contestée ou n'existe pas...

Que l'on tienne compte de la clinique, de l'aspect macroscopique ou microscopique, aucun auteur n'arrive à le définir.

Que l'on parle de fosse iliaque droite sensible à la palpation, à la percussion et l'on aura déjà dépassé le stade chronique pour être en présence d'une appendicite sub-aiguë, voire aiguë...

Que l'on tienne compte de l'aspect macroscopique, et l'on sait combien il est facile de se tromper en voyant cet organe. Une définition qui ne reposerait que sur l'expérience du chirurgien serait bien hasardeuse.

Quant à l'aspect microscopique, il a été prouvé que nombre de transformations sont des phénomènes involutifs normaux. Nous en reparlerons (24, 2).

Si vraiment il fallait définir cette "Maladie", nous serions aussi emprunté que tous les auteurs et nous nous contenterions de rester clinicien en disant que l'appendicite chronique est une des causes d'un "Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite", tout en connaissant les limites très restreintes de nos dires.

La revue de la littérature nous montre que la première appendicectomie fut pratiquée en 1736 par Cladius Amyand (1) lors de la cure d'une hernie inguinale où cet organe se trouvait dans le sac herniaire. Le second fut Mestivier en 1759 (19) qui l'enleva pour un abcès du quadrant inférieur droit de l'abdomen. Rien ne se passe plus jusqu'en 1880 où Tait (27) en fit l'exérèse chez une jeune fille de 17 ans présentant les signes d'une appendicite gangréneuse avec péri-

Tableau no 1A : Nombre de dossiers compulsés

	1965		1966		1967		1968		Total	
	A	H	A	H	A	H	A	H	A	H
Suisses	196	207.352	215	209.871	209	212.891	40	216.017	660	846.131
Italiens	105	28.532	143	30.654	154	32.295	31	33.244	433	124.725
Espagnols	52	14.461	46	14.929	62	15.424	16	16.135	176	60.949
Autres	35	43.391	53	45.877	57	48.309	17	50.071	162	187.648
Total	388	293.736	457	301.331	482	308.919	104	315.467	1431	1.219.453

A = Appendice
H = Habitants

Tableau no 1B : Statistique opératoire (en pourcents)

	1965		1966		1967		1968		Total	
	A	H	A	H	A	H	A	H	A	H
Suisses	50,5	70,6	47	69,6	43,4	68,9	38,5	68,5	46,1	69,4
Italiens	27,1	9,7	31,3	10,2	31,9	20,4	29,8	10,5	30,3	10,2
Espagnols	13,4	4,9	10,1	4,9	12,9	4,9	15,4	5,1	12,3	4,9
Autres	9,0	14,8	11,6	15,2	11,8	15,6	16,3	15,9	11,3	15,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau no 1C : Statistique épidémiologique (en pour mille)

	1965		1966		1967	
	A/H	A/H	A/H	A/H	A/H	A/H
Suisses	0,94		1,02		0,98	
Italiens	3,68		4,66		4,76	
Espagnols	3,59		3,08		4,01	
Autres	0,80		1,15		1,17	
Total	1,32		1,41		1,56	

TABLEAU N° 2

1. Symptomatologie pré-op :

- 1.1 Douleurs FID
- 1.2 Nausées
- 1.3 Vomissements
- 1.4 Diarrhées
- 1.5 Constipation
- 1.6 Température
- 1.7 Intolérance alimentaire de type vésiculaire
- 1.8 Dysurie
- 1.9 Pollakiurie
- 1.10 Algurie
- 1.11 Autre, laquelle

2. Symptomatologie post-op :

- 2.1 Evolution silencieuse post-op
 - 2.1.1 A court terme (moins de 5 ans)
 - 2.1.2 A long terme (plus de 5 ans)
- 2.2 Reprise des douleurs de la FID après 10 j.
 - 2.2.1 Avec nausées
 - 2.2.2 Avec vomissements
 - 2.2.3 Avec diarrhée
 - 2.2.4 Avec constipation
 - 2.2.5 Avec température
- 2.3 Réintervention pour adhérences
 - 2.3.1 A court terme (moins de 5 ans)
 - 2.3.2 A long terme (plus de 5 ans)
- 2.4 Réintervention pour une autre cause, laquelle

3. Symptomatologie intestinale :

- 3.1 Entérite
- 3.2 Entéro-colite
- 3.3 Ulcus duodénal
- 3.4 Ulcus gastrique
- 3.5 Constipation chronique
- 3.6 Diverticulose
- 3.7 Meckel
- 3.8 Crohn
- 3.9 Hernie inguinale
- 3.10 Hernie crurale
- 3.11 Porphyrie
- 3.12 Saturnisme
- 3.13 T. caecale bénigne, laquelle
- 3.14 T. caecale maligne, laquelle
- 3.15 T. colon ascendant bénigne, laquelle
- 3.16 T. colon ascendant maligne, laquelle
- 3.17 T. moignon appendiculaire
- 3.18 Autre, laquelle

4. Symptomatologie biliaire :

- 4.1 Lithiase vésiculaire
- 4.2 Lithiase cholédocienne
- 4.3 Iléus biliaire
- 4.4 Hépatite
- 4.5 Pancréatite
- 4.6 Autre, laquelle

5. Symptomatologie urinaire :

- 5.1 Lithiase urétérale
- 5.2 Lithiase vésicale
- 5.3 P.N. chronique
- 5.4 G.N. chronique
- 5.5 Hydronéphrose
- 5.6 Diverticule vésical
- 5.7 Autre, laquelle

6. Symptomatologie génitale :

- 6.1 GEU
- 6.2 Torsion kyste ovarien
- 6.3 Rupture kyste ovarien
- 6.4 Annexite
- 6.5 Mittelschmerz
- 6.6 Torsion fibrome
- 6.7 Epididymite
- 6.8 Orchi-Epididymite
- 6.9 Torsion testiculaire
- 6.10 Hydrocèle
- 6.11 Prostatite
- 6.12 Autre, laquelle

7. Symptomatologie vasculaire :

- 7.1 Infarctus mésentérique
- 7.2 Anévrisme
- 7.3 Thrombose veines mésentériques
- 7.4 Autre, laquelle

TABLEAU N° 3

1. Vous n'avez plus ressenti la moindre douleur dans la région de l'appendice :
 - 1.1 depuis l'op :
 - 1.2 si non, depuis quand ?
2. Vous avez ressenti les mêmes symptômes qu'avant l'op :
 - 2.1 n'importe quand au cours de la journée
 - 2.2 avant certains repas
 - 2.3 après certains repas
 - 2.4 suivant le changement de temps
 - 2.5 avant les règles
 - 2.6 après les règles
3. Ces douleurs étaient-elles accompagnées de :
 - 3.1 nausées
 - 3.2 vomissements
 - 3.3 diarrhée
 - 3.4 constipation
 - 3.5 augmentation de la température
 - 3.6 brûlures en urinant
4. Vous avez habituellement :
 - 4.1 des selles normales
 - 4.2 de la diarrhée
 - 4.3 de la constipation
 - 4.4 des règles douloureuses
5. Avez-vous présenté une autre maladie depuis l'opération ?
 - 5.1 laquelle ?
6. Avez-vous été hospitalisé une nouvelle fois ?
 - 6.1 pourquoi ?
7. Avez-vous subi une nouvelle opération ?
 - 7.1 laquelle ?
8. Etes-vous suivi actuellement par un médecin pour :
 - 8.1 douleur apparaissant avant les repas
 - 8.2 douleur calmée par la prise d'aliment
 - 8.3 douleur en mangeant des oeufs, des viandes en sauce, du fromage, des choux
 - 8.4 des coliques
 - 8.5 autres affections, lesquelles ?

tonite généralisée. Ce sera finalement Symonds en 1885 (26) qui pratiquera la première ablation pour des douleurs récidivantes de la fosse iliaque droite. 4 ans plus tard, Charles McBurney (16, 17) à New York décrivait son célèbre point et son incision abdominale étoilée, technique qui était publiée dans le même temps par un autre Ecossais, L. L. McArthur de Chicago (14).

Dès cet instant l'appendicectomie devint courante et on posait l'indication opératoire avant l'abcédation à la peau, comme on la pratiquait encore surtout sous l'emprise de Guillaume Dupuytren (1823), (5) le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu qui avait refusé d'admettre les théories de deux de ses collègues français, Louyer (1824) (13) et Mélier (1827) (18) qui étaient pour le traitement chirurgical précoce et finissaient leur exposé en disant : "S'il était en effet possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections... on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération..." (20). En Europe, c'est l'intervention en 1902 sur Edouard VII, roi d'Angleterre qui va l'imposer. C'est dans le temps du couronnement que celui-ci ressentit les premiers symptômes. Il refusa tout d'abord l'acte chirurgical en disant à son chirurgien, Sir Frederik Treves : "J'ai rendez-vous avec mon peuple et dois me rendre à l'Abbaye" ; sur quoi Sir Frederik lui rétorqua : "Alors, Sire, c'est en tant que cadavre que vous vous y rendrez ! (29).

Il y a 65 ans, l'apparition de la radiologie et d'examens aujourd'hui périmés donna un essor nouveau en isolant à tort un syndrome radiologique dit d'appendicite chronique.

C'est entre les deux guerres qu'une réaction s'amorça au vu du caractère sain de l'organe enlevé et de l'amélioration très éphémère de ces malades, balafres de l'abdomen (8).

Carnett en 1927 (3) ne disait-il pas déjà : "Je crois le temps arrivé où l'appendicite chronique sera considérée soit comme une maladie inexistante soit comme une affection rarement due à une attaque d'appendicite aiguë mais bien plus à des changements dégénératifs qui vont croissant avec l'âge et qui se développent graduellement pour donner des signes cliniques. "Il disait aussi qu'il en était arrivé à la conclusion "hérétique" qu'une telle entité clinique n'existait pas. Il pensait que les malades se plaignant de douleurs de la fosse iliaque droite avaient en réalité des névralgies pariétales abdominales.

Aspect clinique

L'aspect clinique de cette "maladie" pour ne pas dire de ce Mythe (sic) est décrit par Girard (8). Il nous apprend que le malade souffre spontanément de la fosse iliaque droite, parfois de la région ombilicale. Ces douleurs sont exagérées par la marche, la période pré-menstruelle, s'accompagnent de nausées, et de langue saburrale. Ces phénomènes évoluent de manière fruste et sur ce fond clinique peuvent survenir des exacerbations, des indigestions que rien n'explique. Parfois existent des signes dyspeptiques, urinaires ou même des signes à distance (migraine, acné, palpitations, asthme, état dystonique neuro-végétatif). L'état général est médiocre. Il s'y associerait une douleur au point de McBurney, véritable dénominateur commun de tous ces signes.

Schramm (24) dans son excellent article à propos de 163 malades opérés entre 1965 et 1967 dit que les douleurs peuvent remonter à plusieurs années, qu'elles se localisent à 90 % dans la fosse iliaque droite, le reste étant dans la fosse iliaque gauche, le dos ou périombilical. Ces douleurs peuvent être accompagnées de détente positive à 28 %, de signe du psoas à 36 % et de défense à 12 %. Il précise aussi que les femmes étaient les plus nombreuses et que de tous les cas, 80 % étaient compris entre 10 et 40 ans. La moyenne d'âge était de 30,7 ans.

Sege (25) sur 100 malades opérés conclut que les deux tiers sont des femmes entre 12 et 25 ans, ce qui lui permet de dire que l'appendicite chronique est une maladie de jeunes filles ou de jeunes femmes. Sa clinique tourne strictement autour de la douleur chronique de la fosse iliaque droite avec le Point de McBurney douloureux.

Machan (15) nous dit que sur 556 cas (enfants et adultes), les douleurs remontaient à 16 mois en moyenne et que l'âge se répartissait entre 3 et 81 ans. Sa clinique ne reposait que sur une douleur de la fosse iliaque droite datant de plusieurs années.

Rohner (21) nous parle de douleurs spontanées intermittentes ou continues de la fosse iliaque droite augmentant avec la digestion ou l'effort ; il ajoute que l'on peut trouver des troubles dyspeptiques divers : anorexie, nausées au réveil, constipation, diarrhée, des troubles épigastriques, enfin un état de fatigue et d'asthénie chronique. L'examen du malade montre une douleur élective déclenchée par le palper appendiculaire.

Romero (22) divise ses malades en trois catégories :

- a) ceux qui présentent des douleurs électives de la fosse iliaque droite ;
- b) ceux qui ont des douleurs de l'hémi-abdomen droit irradiant soit dans la fosse iliaque droite, soit vers le centre de l'abdomen, soit dans la région pelvienne ;
- c) ceux qui présentent en plus une dyspepsie d'un caractère non spécifique.

Il propose de rechercher un épisode qui pourrait être qualifié d'appendicite aiguë et qui serait responsable du passage à la chronicité. Les données évidentes d'après lui sont : la suspicion d'une colique intestinale avec douleurs localisées à droite ou dans l'hypogastre, qui durent quelques heures et qui sont suivies d'anorexie et d'insomnie ; la persistance et la répétition d'une douleur même légère avec présence de vomissements. Par contre, le diagnostic est douteux lorsque les crises se prolongent durant plusieurs jours et que l'état général du malade est conservé avec appétit, bonne digestion, transit normal et ceci même en présence d'un léger état fébrile.

Il ajoute que l'on trouve comme signes accompagnateurs les nausées, la constipation ou la diarrhée.

Pour notre part, nos 310 cas se répartissent en 191 femmes (= 61,61 %) contre 119 hommes (= 38,38 %) (cf tableau no 4).

Notre moyenne d'hospitalisation s'élève à 9,52 jours.

Tableau no 4 : Tous les cas par âge et par sexe

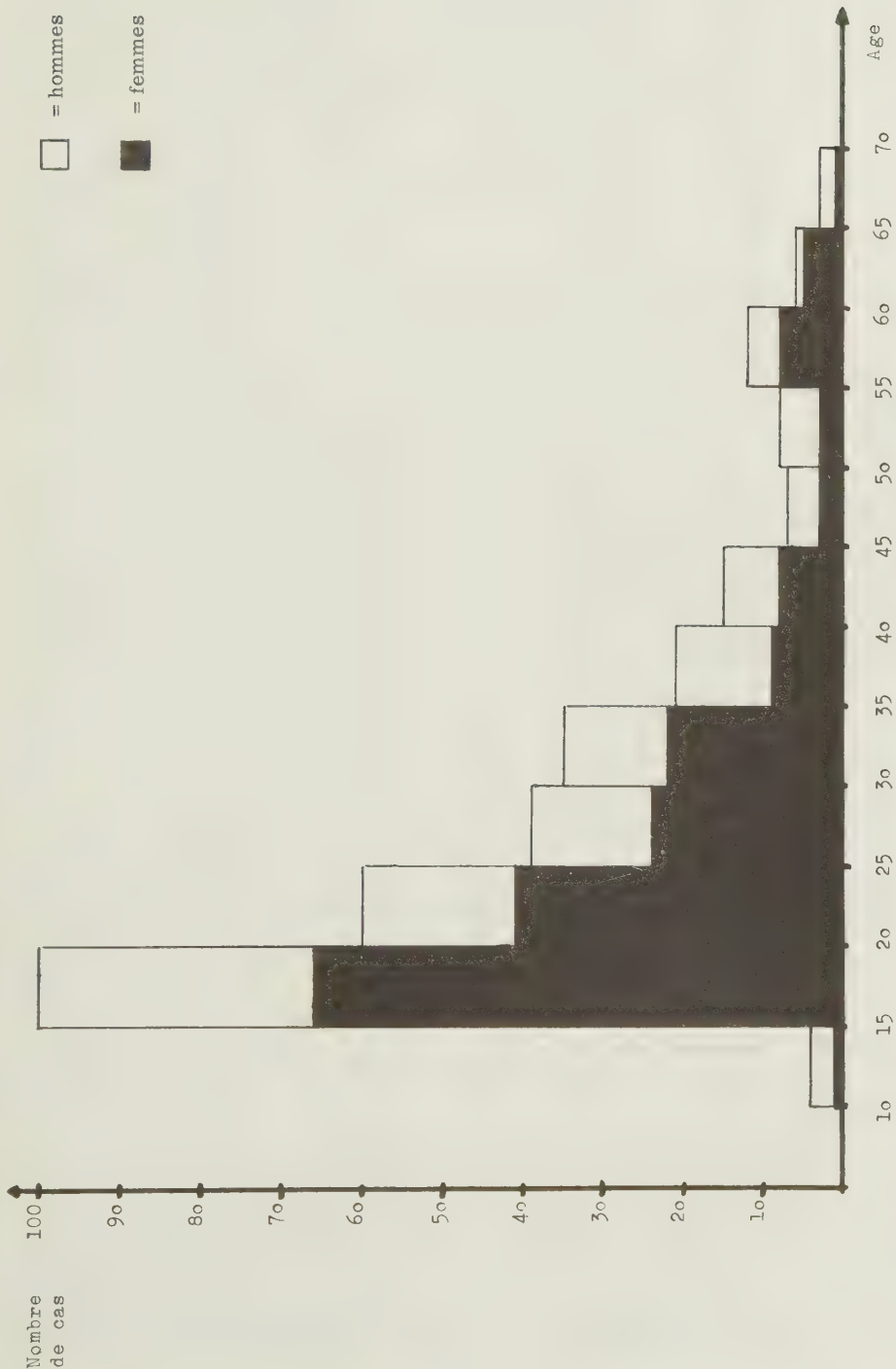


Tableau no 5 CLINIQUE

	Douleurs FID	Nausées	Vomissement	Constipation	Diarrhée	S. vésicul.	S. urinaire
Femmes	191 = 100 %	86 = 45 %	44 = 23 %	25 = 13,1 %	19 = 9,9 %	10 = 5,2 %	5 = 2,6 %
Hommes	119 = 100 %	34 = 28,6%	28 = 23,5%	16 = 13,4 %	19 = 16 %	7 = 5,9 %	3 = 2,5 %
Total	310 = 100 %	120 = 38,7%	72 = 23,2%	41 = 13,2 %	38 = 12,3 %	17 = 5,5 %	8 = 2,6 %

Tableau no 6 AFFECTIONS SIMULTANES

	Digestives	ORL	Urinaires	Génitales	Hépatiques	Diverses	vasculaires
Femmes	14 = 7,3 %	14 = 7,3 %	9 = 4,7 %	9 = 4,7 %	10 = 5,3 %	5 = 2,6 %	0 = 0 %
Hommes	24 = 20,2 %	10 = 8,4 %	2 = 1,7 %	1 = 0,8 %	0 = 0 %	1 = 0,8 %	1 = 0,8 %
Total	38 = 12,3 %	24 = 7,7 %	11 = 3,5 %	10 = 3,2 %	10 = 3,2 %	6 = 1,9 %	1 = 0,3 %

Tableau no 7 AFFECTIONS SIMULTANES (par systèmes)

	femme		homme	total
Digestif	Gastrite	5	6	11
	Ulcère	0	6	6
	H.I.D.	1	4	5
	Entérite	1	2	3
	Pyrosis	1	2	3
	Colite	2	0	2
	Doul. FIG	1	0	1
	Sigmoïdite	1	0	1
	Fist. anale	1	0	1
	Dissenterie	0	1	1
	Pancréatite	0	1	1
	Ascaris	0	1	1
	Constip.chron	0	1	1
ORL	Amygdales	13	6	19
	Végétations	1	1	2
	Simusite	0	1	1
	Pfeiffer	1	0	1
	Op. ORL (?)	0	1	1

	femme		homme	total
Urinaire	Lithiase urin. dr.	2	2	4
	Cystite	4	0	4
	Pyélite dr.	1	0	1
	Infection urin.	1	0	1
	Incontinence urin.	1	0	1
Génital	Annexite dr.	2	0	2
	Dysménorrhée	2	0	2
	Prolapsus ut.	2	0	2
	GEU	1	0	1
	Leucorrhée	1	0	1
	Polype ut.	1	0	1
	Phimosis	0	1	1
Hépat.	Ictère	4	0	4
	Cholecystectomie	4	0	4
	Hépatite	2	0	2
Vasc.	Sténose aort. basse	0	1	1
Autre	Voyage, Epilepsie	1	1	2
	Commotion, affect. pulm.	4	0	4

Le tableau no 4 résume tous nos cas en fonction de l'âge et du sexe. On y relève que tous nos cas ont été suivis à la Clinique chirurgicale, c'est-à-dire que tous nos malades sont des adultes (Les quatre cas de la classe d'âge 11 - 15 ans allaient atteindre leurs 15 ans !) Un deuxième point est que dès la classe d'âge suivante, la courbe diminue quasiment suivant une exponentielle.

Comme Sege, nous pouvons dire que les deux-tiers, pour être précis le 64 %, sont des femmes dans les âges de 15 à 40 ans, avec un pic très important entre 15 et 20 ans. (66 femmes contre 34 hommes).

Finalement, dès 40 ans, les 2 sexes sont représentés de manière régulière, à savoir 55 % de femmes et 45 % d'hommes.

Les questionnaires qui nous ont été renvoyés sont résumés dans le tableau no 5. Signalons immédiatement que les réponses suivant les classes d'âge n'ont aucune signification statistique. L'unanimité des auteurs signale comme principal symptôme une douleur de la fosse iliaque droite. C'est aussi le cas chez nous puisque nous la retrouvons à 100 %.

Nous ne nous sommes pas attardé sur la durée de la symptomatologie douloureuse et c'est certainement un tort, car la revue de la littérature semble fortement insister sur cette notion comme critère principal de diagnostic.

Comme signes accompagnateurs, nous avons les nausées qui arrivent en tête chez les femmes (45 %) et chez les hommes, les diarrhées (16 %). Les vomissements, la constipation, les symptômes vésiculaires et urinaires sont répartis de façon équitable dans les deux sexes.

Au chapitre Antécédent, nous avons obtenu les réponses qui se trouvent résumées dans le tableau no 6. Ce sont essentiellement des affections digestives qui ont précédé ce syndrome douloureux. (12,25 %). Il est à noter et à relever qu'en seconde position et dans une proportion non négligeable, nous retrouvons les maladies ORL (Amygdales et végétations). Y aurait-il une relation entre ces organes histologiquement si semblables ? Le pourcentage des autres maladies est trop infime pour pouvoir être pris en considération, même les maladies génitales si souvent incriminées. Le tableau no 7 regroupe tous ces antécédents par systèmes.

Aspect biologique

Alors que nous nous sommes beaucoup attardé sur ce point, la littérature est très discrète.

Schramm (24) indique uniquement que 75 % de ses patients avaient une leucocytose en-dessous de 10.000 et que 77 % avaient une température en-dessous de 37°.

Butsch (2) dit que le compte des globules blancs se trouvait dans une fourchette comprise entre 5700 et 14200. De même ses analyses d'urine sont normales à 87,5 %.

Ismailov (10) est plus catégorique en affirmant que ni la température, ni le pouls ou les examens de sang n'ont une valeur significative. La seule indication biologique de Romero (22) est que la formule sanguine montre parfois une leucocytose avec une neutrophilie.

Nous aurions aimé insister sur ces examens complémentaires, mais nous avons rapidement dû déchanter, nous rendant compte que ni la tension artérielle, ni l'azote uréique, de même que l'hématocrite ou l'hémoglobine, n'avaient une signification quelconque.

La différenciation en sexe et en classe d'âge n'est pas plus significative.

Nous nous sommes dès lors borné à analyser quatre critères qui pouvaient aider dans le diagnostic, à savoir : la température, le pouls, les leucocytes et la vitesse de sédimentation.

La température moyenne s'élève à 37,4°.

83 malades avaient une température inférieure à 37°, soit le 26,77 %. Ce qui est pratiquement l'inverse de Schramm (24).

La pulsation est encore plus régulière dans notre série puisque seuls 18 malades avaient un pouls au-dessus de 100, soit le 5,8 %.

Nous n'avons rencontré de leucocytose au-dessus de 10.000 que chez 19 malades, soit le 6 %.

La vitesse de sédimentation est accélérée chez 52 malades = 16,77 %. Cf tableau no 8.

Aspect macroscopique

Peu d'auteurs s'attardent sur cet aspect de la question, et il est fort probable que leur avis est justifié puisque le coup d'oeil du chirurgien n'est pas infailible.

Schramm (24) a trouvé cinquante deux fois des adhérences, onze fois un aspect inflammatoire aigu avec exsudat, onze fois un caecum mobile, sept fois une lymphadénite, trois fois une affection gynécologique concomitante et une fois une affection vésiculaire.

Butsch (2) a découvert deux appendicites aiguës, un appendice adhérent, quatre appendicites chroniques et un appendice enflammé.

Le tableau no 9 donne en détail les descriptions macroscopiques de notre série. Nous n'avons pas tenu compte de la description par classe d'âge car elle n'est pas significative.

Il faut signaler que les lésions intestinales qui accompagnent une appendicite chronique sont essentiellement l'adénite mésentérique, la présence de coprolithes, le grêle adhérent. Nous avons rencontré une seule bride du méso.

Quant aux affections gynécologiques, ce sont essentiellement des kystes de l'ovaire droit, des annexites et des salpingites droites. Il y eut un fibrome utérin et un myome utérin.

Il y a 53,55 % des appendices enlevés qui ont été décrits comme normaux. Vingt-deux sont décrits comme hyperémiés et deux comme aigus (= 7,10 % et 0,64 %).

Tableau no 8 Aspect biologique

Température moyenne = 37,4 °	
Température $> 37^{\circ}$ chez 227 malades	73,23 %
Température $\leq 37^{\circ}$ chez 83 malades	26,77 %
Pulsation ≥ 100 chez 18 malades	5,8 %
Leucocytes ≥ 10.000 chez 19 malades	6 %
Vitesse de sédimentation accélérée	
chez 44 femmes (N = 5-10)	23,03 %
chez 8 hommes (N = 3-7)	<u>6,72 %</u>
Total : 52 malades	16,77 %

Vingt-trois femmes présentaient en plus une affection gynécologique (= 12,04 %).

Nous avons trouvé six diverticules de Meckel (une femme et cinq hommes), soit le 1,94 %. Il faut signaler que notre technique opératoire pour l'appendicite chronique se termine par la recherche systématique du diverticule de Meckel.

Finalement il est intéressant de relever qu'aucun malade n'a présenté de carcinoïde ou de mucocèle.

Aspect microscopique

Contrairement au chapitre précédent, ce domaine a passionné bien des auteurs et les contradictions les plus vives se retrouvent dans la littérature. Ainsi nous avons découvert cinq auteurs qui ont des idées bien définies quant à la signification de l'aspect cicatriciel de l'appendice.

Schramm, (24) dans une analyse systématique de 289 appendices de cadavres de tout âge a montré que seuls les mort-nés et les enfants en-dessous d'un an n'ont pas de signes pathologiques dans l'appendice, ce qui signifie 54 appendices trouvés normaux (= 18,68 %).

Dans son étude sur 163 patients, Schramm, après avoir répété une nouvelle fois l'inutilité de l'examen histologique, dit que seulement 25 appendices avaient des signes d'inflammation aiguë (15,3 %), que deux avaient un carcinoïde (1,23 %) et un une tuberculose. Il trouvait donc en tout 135 appendices normaux, soit le 82,82 %.

Collins (4) ne croit pas à une inflammation chronique continue dans la région. L'examen histologique montre surtout de la fibrose avec une prédominance d'éléments neutrophiles dans la paroi et fréquemment une oblitération de la lumière. C'est pourquoi Collins croit que l'involution de l'appendice après 35 ans est une chose normale.

Therkelsen (28) dans son excellent travail sur l'appendicite et son diagnostic histologique dit qu'il est difficile de savoir si la fibrose est due à une inflammation ou est le résultat de l'involution apparaissant avec l'âge. Il a démontré un appendice fibrotique dans 64 % de cas autopsiés. Sa technique était d'injecter du formol à 40 % intra-abdominal deux heures après la mort. Sur ces 64 %, 24 % avaient une obstruction partielle ou complète de la lumière.

Hosoi' (9) en 1933 déjà a étudié 344 appendices sans inflammation aiguë et a décrit 48 % d'oblitération partielle ou complète.

Rohner (21) nous apprend que les phénomènes de fibrose pariétale cicatricielle et d'obstruction de la lumière ne sont pas des séquelles inflammatoires mais en fait des phénomènes involutifs normaux. Dans le camps adverse, le plus étonnant est Machan (15) car, sur 556 cas, il a 320 appendicites subaiguës, 231 appendicites aiguës, quatre gangréneuses et une perforée... (serait-ce une erreur du pathologue ?) Sege (25) dans sa série de 100 malades signale 81 appendices comme pathologiques sans autre précision.

Krone (11) dit que sur 281 appendices enlevés prophylactiquement lors de coeliotomie pour raisons gynécologiques, 156 présentaient une sclérose

Tableau no 9 Description macroscopique (chiffres réels)
(manque un rapport opératoire)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Femmes	106	24	15	23	11	2	3	1	4	0	0	1
Hommes	60	21	10	0	11	5	3	5	1	2	1	0
Total	166	45	25	23	22	7	6	6	5	2	1	1

Description macroscopique (pourcentages)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Femmes	55,5	12,56	7,85	12,04	5,76	1,05	1,57	0,52	2,09	0	0	0,52
Hommes	50,42	17,68	8,4	0	9,24	4,2	2,52	4,2	0,84	1,68	0,84	0
Total	53,55	14,52	8,06	---	7,1	2,26	1,94	1,94	1,61	0,64	0,32	0,32

1 = Appendice normal

2 = Appendice adhérent

3 = Appendice normal + lésions intestinales

4 = Appendice normal + affection gynécologique

5 = Appendice hyperémié

6 = Appendice sous-séreux

7 = Appendice tuméfié, oedémateux, turgescant

8 = Appendice normal + Diverticule de Meckel

9 = Appendice oblitéré

10 = Appendicite aiguë

11 = Appendice normal + hernie

12 = Appendice normal + abcès du Douglas

moyenne, 24 une sclérose minime, 45 une oblitération totale, 20 étaient décrits comme normaux et 36 avaient des signes d'inflammation aiguë et de péri-appendicite.

Scheniak (23) a sur 268 cas : 246 appendicites chroniques, 10 appendicites chroniques en poussée aiguë et 12 sans changements. Une description intéressante est faite par Girard (8) qui dit que l'examen anatomo-pathologique montre trois éléments : une fibrose marquée, une oblitération de la lumière et des formations neuromateuses décrites par Masson. On peut en plus trouver des adhérences congénitales ou inflammatoires, mais ce sont alors des périviscérités. Fort de l'expérience des premiers citées et vu l'évolution post-opératoire que nous avons trouvée chez nos malades, nous avons considéré comme normal, tout résultat histologique faisant état d'appendice cicatriciel, ou d'appendicite chronique. Cette constatation établie, nous avons trouvé 228 appendices normaux, soit le 73,55 % avec une proportion de deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes (cf tableau no 10).

Seulement 2,26 % présentaient une appendicite subaiguë et six malades étaient porteurs en plus d'un diverticule de Meckel, soit le 1,94 %. On peut en plus remarquer que si nous additionnons les trois premières colonnes en suivant les idées de Schramm, à savoir les appendices normaux, les appendices cicatriciels oblitérés et les appendices cicatriciels avec coprostase, nous obtenons la somme de 273 cas, soit le 88,06 %. On retombe alors dans les pourcentages que Schramm lui-même indique à savoir 83 % d'appendices normaux. Revoyons maintenant les résultats macroscopiques que nous décrivions précédemment pour constater que le chirurgien ne se trompe pas souvent. En effet si nous additionnons les colonnes 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 du tableau no 9, nous obtenons : $166 + 45 + 25 + 23 + 7 + 6 + 5 = 277$. Si nous enlevons les quatre cas gynécologiques décrits en microscopie, nous obtenons : $277 - 4 = 273$ cas...

Il est un point où nos résultats ne sont pas aussi exacts, c'est dans le compte des appendicites hyperémisées qui sont au nombre de 22 pour le chirurgien alors qu'elles ne sont que sept chez le pathologue...

Evolution et pronostic

C'est encore une fois le Dr Schramm (24) que nous citerons en premier. Son travail porte sur une évolution comprise entre 3/4 d'année et 3 ans 3/4.

Sur les 163 questionnaires qu'il a envoyés, il a reçu 162 réponses. 60 % des réponses annonçaient la persistance de la symptomatologie et ceci aux deux tiers chez les femmes. 55 cas signalaient une douleur aux changements de temps ou suivant le travail effectué, 23 étaient dépendantes de l'ingestion de nourriture, de l'énervement ou du début des règles.

Le Dr Sege (25) signale que 42 sur 68 malades ont encore les mêmes symptômes (= 61,76 %).

Machan (15), conformément à ses résultats histologiques n'a que 21 malades qui se plaignent de douleurs post-opératoires, ces malades ayant été suivis entre six mois et deux ans.

Tableau no 10 Histologie (chiffres réels)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Femmes	148	14	9	3	1	1	4	3	3	1	0	1	0
Hommes	80	17	5	4	5	3	0	1	0	0	1	0	1
Total	228	31	14	7	6	4	4	4	3	1	1	1	1

Histologie (pourcentages)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Femmes	77,49	7,33	4,71	1,57	0,52	0,52	2,09	1,57	1,57	0,52	0	0,52	0
Hommes	67,23	14,29	4,2	3,36	4,2	2,52	0	0,84	0	C	C,84	0	0,84
Total	73,55	10	4,52	2,26	1,94	1,29	---	1,29	0,97	0,32	0,32	0,32	0,32

1 = Appendice normal

2 = Appendice cicatriciel oblitéré

3 = Appendice cicatriciel + coprostase

4 = Appendicite subaiguë

5 = Appendice cicatriciel + diverticule de Meckel

6 = Appendice cicatriciel + hyperplasie lymphoïde

7 = Appendice cicatriciel + affection gynécologique

8 = Appendicite cicatricielle ectasique

9 = Appendicite neuromateuse

10 = Appendicite cicatricielle diverticulaire

11 = Appendice cicatriciel + neurones de Masson

12 = Appendicite chronique + périappendicite

13 = Appendice cicatriciel + épiploon nécrosé

Les autres auteurs ne parlent pas d'évolution et n'ont pas cherché à suivre leurs malades opérés d'appendicite chronique.

Les questionnaires que nous avons envoyés nous ont permis de situer notre évolution dans une fourchette de trois à neuf ans. Nous avons subdivisé les réponses en deux grands groupes, étant donné que les malades avaient une évolution qui se situait à plus ou moins cinq ans. Cela nous a divisé les cas en Evolution à court terme et Evolution à long terme.

Il est évident que cette division des cas en deux groupes va nous donner des résultats qui pourront paraître contradictoires. Le tableau No 11 donne dans sa partie supérieure les résultats suivant le nombre de cas de chaque groupe et dans sa partie inférieure les résultats suivant le nombre total des cas.

Ainsi les 81 malades guéris à long terme représentent le 79,4 % dans leur groupe mais effectivement que le 26,2 % par rapport aux 310 cas, de même pour les cas guéris à court terme (38,5 % pour leur groupe, mais 25,8 % par rapport au nombre total). Il reste à préciser à propos de ces 80 malades considérés comme guéris à court terme ou plus précisément ne présentant plus de symptomatologie à court terme que rien ne nous assure que les symptômes ne sont pas réapparus à long terme. Nous les avons dès lors volontairement supprimés des cas guéris pour ne garder que les 81 cas à long terme = 26,1 %.

Le tableau No 12 décrit en détails les signes et symptômes des malades non guéris. Ce qui frappe d'emblée, c'est que ce sont les douleurs de la fosse iliaque droite accompagnées de constipation qui prédominent (= 22 cas) ; 18 malades retrouvaient leur symptomatologie suivant les changements de temps, 10 avant les règles.

Il est à noter que seulement deux malades ont présenté une éventration. 44 malades reconnaissaient avoir une constipation chronique de longue date, ce qui fait 66 cas présentant ce symptôme (= 44,29 %).

15 malades avaient une symptomatologie biliaire non précisée et quatre une lithiasé.

Parmi les diagnostics rares, signalons une maladie de Crohn et une pancréatite chronique.

Du côté gynécologique, 20 femmes disaient souffrir de dysménorrhée (= 21,97 %), deux de "Mittelschmerz" et deux d'annexite.

Finalement nous avons encore trois hernies hiatales.

Corrélations anatomo-cliniques

Nous voici arrivé à la fin de la première partie de notre travail et toutes les analyses et tous les calculs que nous avons entrepris n'auront finalement que servi à nous amener à ces corrélations. Notre ambition était de découvrir l'explication de cette maladie qui poursuit la vie du médecin, sans jamais avoir été circonscrite avec précision. Nous espérions en premier lieu arriver à savoir si cette maladie existait ou non, en second lieu fournir une ligne de conduite précise et facilement utilisable dans la pratique courante.

Tableau no 11

Résultats

		Guéris	Non Guéris
Evolution à court terme	= 208 cas (= 100 %)	80 (= 38,46 %)	128 (= 61,54 %)
Evolution à long terme	= 102 cas (= 100 %)	81 (= 79,41 %)	21 (= 20,59 %)
Evolution globale post-op à court terme	= sur 310 cas (= 100 %)	182 (= 58,71 %)	128 (= 41,29 %)
Evolution globale post-op à long terme	= " 310 cas (= 100 %)	161 (= 51,94 %)	149 (= 48,06 %)
Au total : sur 310 cas (= 100 %) 81 cas (= 26,12 %) sont guéris et ne présentent plus de pathologie de la fosse iliaque droite 80 cas (= 25,81 %) ne présentent plus de symptomatologie de la FID à court terme 128 cas (= 41,29 %) présentent une pathologie de la FID à court terme 21 cas (= 6,77 %) présentent une pathologie autre à long terme			

Tableau no 12

Résultats des cas non guéris

	Femme		Homme		Total
Symptomatologie post - opératoire	Reprise des douleurs PID :	10	6		16
	- avec nausées	11	3		14
	- avec vomissements	3	1		4
	- avec diarrhées	3	3		6
	- avec constipation	15	7		22
	- avec température	3	1		4
	N'importe quand	8	6		14
	Avant certains repas	1			1
	Après certains repas	9			9
	Suivant le changement de temps	12	6		18
Symptomatologie post - opératoire	Avant les règles	10			10
	Après les règles	1			1
	Brûlures en urinant	5	1		6
	Réintervention pour adhérences		?		?
	Réintervention pour :				
	- déhiscence de plaie	?			?
	- cholecystectomie	1			1
	- tonsillectomie	4			4
	- affect. gynécol.	2			?
S. urin.	Lithiase urétérale	1	5		6
	PN chronique	1			1
	Diverticule vésical		1		1
	Infection urinaire	5	1		6
Symptomatologie digestive	Affect. intestinale	1	1		2
	Entérite	4	2		6
	Entéro-colite	6	4		10
	Ulcus duodénal	1			1
	Ulcus gastrique		2		?
	Constipation chronique	26	8		34
	Maladie de Crohn		1		1
	Hernie inguinale D		3		3
	Coliques	3			3
	Autres : gastrite	10	5		15
S. biliaire	Tr. digestifs	1			1
	Tr. neuro-vég.		?		?
	Diverticule D2	1			1
	Colon spastique	3	?		?
	Affect. biliaire	14	1		15
	Lithiase vésiculaire	?	?		?
	Répatite	?			?
	Pancréatite chronique		1		1
	Autre : cholecystectomie	1			1
Vasc.	Dysfonction biliaire	1			?
	Sténose aort. basse		1		1

Tableau no 12 (suite)

	Femme		Homme	Total
S. génitale	Affect. génitale		1	1
	Annexite	2		2
	"Wittelschmerz"	2		2
	Epididymite		2	2
	Prostatite		1	1
	Leucorrhée	3		3
	Vous avez habituellement :			
	- Diarrhée	6		6
	- Constipation	8	2	10
	- règles douloureuses	20		20
Autre	Autre maladie depuis l'op :			
	- Colite	1		1
	- Toxoplasmose	1		1
	- Mononucléose		1	1
	- Congestion pulm.	1		1
	- affect. gynéc.	3		3
	- Mal. de Gilbert	1		1
	Salmonellose		1	1
Autre	Hospitalisé pour :			
	- tuberculose	1		1
	- Asthme	1		1
	Suivi pour :			
	- hypocondrie	1		1
	- aérophagie	1		1
	- hernie hiatale	1	?	3
	- diabète	1		1
	- digestion lente	1		1
	- affect. hépat.		1	1
	- tachycardie	1		1
	- tr. circulatoire		1	1
	- hémorroïdes		1	1

Malheureusement, nous avons dû déchanter. Si le premier point est encore resté dans l'obscurité presque totale et si le voile n'a pu être déchiré, le second aura donné lieu à un embryon de solution comme nous le verrons.

Mais avant de poursuivre et de donner nos conclusions, revenons une dernière fois à la littérature qui nous permettra déjà de comparer nos résultats avec tous les auteurs.

Selon Schramm (24), le tableau clinique de l'appendicite chronique est certainement plus rare que l'on ne croit. Il pense qu'il existe des indications à l'opération lors d'appendicite chronique, pour autant que l'on ait éliminé d'autres maladies.

Il cite H.J. Wolf (31) qui a décrit une classification des appendicites chroniques :

- forme chronique secondaire à une crise aiguë se poursuivant par des plaintes abdominales;
- forme chronique récidivante si les crises aiguës se répètent ;
- forme chronique primitive, sans crise aiguë où l'ensemble des symptômes est le moins caractéristique.

Il se refuse à nier l'existence de cette maladie et dit que c'est dans la troisième forme selon Wolf qu'on peut s'attendre aux plus mauvais résultats.

Butsch (2) dit que l'anamnèse est le facteur le plus important et que ses malades qui présentaient des douleurs atypiques auraient pu bénéficier plus tôt de la chirurgie, car il est certain que les douleurs atypiques sont dues à une succession d'épisodes inflammatoires qui sont passés sous silence.

Girard (8) nous prouve que c'est la clinique qui est la plus importante et surtout l'anamnèse où il faut chercher à préciser les caractères, le siège, l'horaire et surtout l'évolution dans le temps des douleurs. Il pense que les signes fonctionnels d'accompagnement sont importants : nausées, vomissements, constipation, diarrhée. Il précise que l'examen clinique bien mené peut permettre une orientation vers le diagnostic exact.

Lindenschmidt (12), dans la discussion du travail de Sege, dit que sur 700 patients revus 10 ans après, il y a environ 60 % de guérisons. Les 40 autres pourcents ont été soignés pour des plaintes identiques ou ressemblantes.

Krone (11) dit qu'un chirurgien qui opère des appendices normaux a moins de risques de péritonites et de perforations avec leur mortalité élevée ! Il cite également Schramm en disant que la ressource de parler d'adhérences post-opératoires est facile.

Gilmore (7) dit que sur sa série effarante de plus de 80.000 appendicectomie la fréquence des erreurs est plus grande chez la femme et que même une intervention si bénigne peut s'accompagner de complications post-opératoires.

Revenons maintenant à notre travail et voyons ce que donne l'étude comparative de nos résultats avec l'évolution des malades. Nous sommes obligés de nous rendre à l'évidence et de dire que toutes les corrélations croisées que nous avons faites ne sont pas statistiquement significatives. Malgré toutes nos

tentatives pour essayer de fournir une ligne de conduite stricte, nous avons dû renoncer et nous contenter d'être une fois encore uniquement descriptif. Les conclusions auxquelles nous arrivons n'ont qu'une valeur indicative et ne peuvent en aucun cas constituer une preuve statistiquement valable.

A l'appui de nos dires, nous publions la liste complète des 310 cas répartis suivant les quatre groupes décrits précédemment et par groupe d'âge (tableau no 13). Il apparaîtra d'emblée au lecteur avisé qu'aucun paramètre ou groupe de paramètres de même signification n'a de lien avec l'état de guérison ou de non guérison. Il ne nous a pas été possible de découvrir un cheminement qui, par groupe d'âge ou par sexe, nous aurait amené à un tableau clinique correspondant soit à une guérison certaine, soit à la poursuite de la symptomatologie. Nous nous sommes toujours heurté au mur de la complexité sans y découvrir une faille qui enfin nous aurait permis d'avancer vers ce but tant recherché du diagnostic exact.

Cette constatation désolante nous permet uniquement et strictement d'affirmer que cette "maladie" n'a aucun fondement précis, qu'il soit clinique, para-clinique, macroscopique ou microscopique. Tous les signes et symptômes peuvent à tout moment être remis en question et ceci dans la direction d'une évolution favorable ou non. Il nous manque certainement un élément de valeur pour être tout à fait affirmatif, c'est la durée et la répétition de la symptomatologie, notion dont nous avons déjà déploré l'absence lorsque nous parlions de l'aspect clinique. Malgré tout, il est probable, au vu des autres paramètres non superposables, que ce dernier n'aurait pas pu à lui seul nous apporter la solution, quoique la classification de Wolf en dise.

La seule corrélation valable que nous puissions nous permettre est de comparer la symptomatologie post-opératoire à court et à long terme, d'une part à l'aspect macroscopique, et d'autre part à l'aspect microscopique de la pièce opératoire, ce qui est exactement ce que nous aurions aimé éviter en donnant une solution pré-opératoire....

On peut constater dans le tableau no 14 que nous avons un rapport de plus de 60 % de non guéris à court terme alors que ce rapport s'inverse et devient plus avantageux à long terme (entre 67 % et 83 % de guéris). La même comparaison est valable du point de vue microscopique (tableau no 15) et les chiffres ne sont pas loin d'être superposables.

Notre obstination aura tout de même permis d'entrevoir un chemin qui pourrait permettre de s'assurer de l'exactitude du diagnostic. Le tableau no 16 compare le nombre total de malades guéris avec le nombre total de cas.

Nous constatons que trois classes d'âge, entre 26 et 40 ans, donnent des résultats identiques, et il est possible de dire que parmi ces malades un seulement sur trois sera guéri, alors que les groupes précédents ou suivant ne permettent pas, une fois encore, de tirer une conclusion.

Rappelons-nous maintenant ce que nous disions au début de ce travail à propos du nombre très important d'étrangers souffrant de ce syndrome. La constatation que nous avons quatre fois plus d'étrangers que de Suisses est également un élément positif que nous relèverons.

Tableau no 13a

Description systématique des 310 cas suivant les 4 catégories (par groupe d'âge)

Guéris à court terme

11 - 15	M 1 Paramètres N O A.N. H A.C.		F 1 M 2 S 1/3 T 36,5 - 38,1 P 76 - 96 VS 5 - 8 L 5300 - 7000 O 1 A.N. avec Meckel 2 A. hyperémiés H 3 A.C. dont 1 en poussée sub. Meckel calme
16 - 20	F 14 M 12 S 15/26 T 36,3 - 38,4 P 64 - 116 VS 1 - 42 L 3800 - 10450 O 19 A.N. dont 4 avec Ggl més 2 affect gyné 1 Meckel 5 A. adhérents 2 A. hyperémiés H 26 A.C. dont 1 avec coprostase 1 Meckel calme	36 - 40	
		41 - 45	F 4 M 2 S 4/6 T 36,9 - 37,6 P 73 - 88 VS 1 - 13 L 4400 - 7200 O 2 A.N. 3 A. adhérents 1 abcès appendiculaire H 6 A.C. dont 1 en poussée aiguë 1 oblitéré
21 - 25	F 11 M 8 S 11/19 T 36,2 - 38,1 P 60 - 112 VS 1 - 25 L 3600 - 9900 O 13 A.N. dont 2 Meckel 4 A. adhérents 2 A. hyperémiés H 19 A.C. dont 2 obliétés 1 avec coprostase 1 Meckel calme 1 Meckel hyperémié	46 - 50	F 1 M 1 S 2/2 Paramètres N O 2 A.N. H 2 A.C. dont 1 avec neurones de Masson
26 - 30	F 5 H 2 S 3/7 T 37 - 38 P 72 - 92 VS 2 - 24 L 4950 - 8800 O 5 A.N. 1 A. adhérent 1 A. hyperémié H 7 A.C.	51 - 55	F 1 M 2 S 3/3 Paramètres N O 2 A.N. 1 A. hyperémié H 3 A.C. dont 1 en poussée aiguë 1 oblitéré
31 - 35	F 4 M 2 S 2/6 T 36,6 - 38 P 36 - 92 VS 2 - 13 L 6150 - 9250 O 6 A.N. H 6 A.C. dont 1 avec coprostase	56 - 60	F 3 M 2 S 3/5 Paramètres N sauf VS 1 - 27 O 4 A.N. 1 A. adhérent H 5 A.C. dont 1 oblitéré
		66 - 70	F 1 M 1 S 1/2 Paramètres N O 1 A. tuméfié, 1 A. hyperémié H 2 A.C. dont 1 diverticulaire

Tableau no 13b

Non-guériss à court terme

11 - 15	M 1 Paramètres N O A. adhérent H A.C. avec coprostase NG RD Constipation chronique		F 11 M 8 S 10/19 T 36 - 37,8 P 60 - 96 VS 1 - 18 L 3200 - 14200 O 9 A.N. dont 2 avec k ov d 3 A. adhérents dont 2 avec Meckel 5 A. hyperémiés H 1 A. sous-séreux H 18 A.C. dont 1 oblitéré 1 avec coprostase 2 Meckel dont 1 gastrique NG 8 RD 5 constipations chroniques 4 affect. biliaires 4 dysménorrhées 3 gastrites 3 hernies hiatales
16 - 20	F 24 M 7 S 17/31 T 36,38 P 60 - 100 VS 1 - 16 L 3000 - 12950 O 23 A.N. dont 2 avec k ov d 2 avec Ggl més 1 avec coprolithe 7 A. adhérents 1 A. hyperémié H 31 A.C. dont 2 ectasiant 2 oblitérés 1 avec coprostase NG 17 RD 8 Constipations chroniques 3 dysménorrhées 3 tonsillectomies 3 infections urinaires 2 hépatites 1 lithias vésiculaire 1 déhiscence de plaie 2 gastrites	26 - 30	
21 - 25	F 14 M 6 S 7/20 T 36,2 - 38 P 64 - 100 VS 1 - 16 L 1730 - 9900 O 14 A.N. 2 A. adhérents 1 A. sous-séreux 1 A. turgescant 1 A. d'aspect neuromateux 1 Appendicite aiguë H 20 A.C. dont 1 oblitéré 1 ectasiant 1 en poussée sub. 1 avec coprostase NG 11 RD 9 constipations chroniques 2 dysménorrhées 2 affect. biliaires 2 gastrites 1 Maladie de Gilbert 1 varicocèle D 1 colon irritable 1 cystite	31 - 35	F 15 M 6 S 16/21 T 36 - 37,8 P 68 - 100 VS 1 - 12 L 4450 - 13000 O 14 A.N. dont 3 k ov d 1 trompe tuméfiée 4 A. adhérents 2 A. tuméfiés 1 A. hyperémié H 20 A.C. dont 1 avec k corps j. 1 avec coprostase 1 oblitéré 1 pyappendice NG 9 RD 4 dysménorrhées 4 affect. biliaires 2 constipations chroniques 1 affect. gyné. 1 ovariectomie 1 hystérectomie 1 leucorrhée 1 diverticule D2 1 stase caecale 1 digestion lente 1 gastrite 1 Maladie de Crohn

Tableau no 13b

36 - 40	F 6 M 7 S 6/13 T 37 - 37,8 P 64 - 88 VS 1 - 10 L 4800 - 10300 O 12 A.N. dont 1 avec fibrome ut. 1 avec grêle adhérent 1 A. adhérent H 13 A.C. dont 3 oblitérés NG 8 RD 6 constipations chroniques 1 leucorrhée 1 adhérence 1 colon spastique 1 pancréatite chronique 1 salmonellose	56 - 60	F 5 M 2 S 3/7 T 36,8 - 38,3 P 64 - 92 VS 3 - 18 L 3700 - 8000 O 6 A.N. dont 1 oblitéré 1 avec méso hyperémie 1 A.N. adhérent H 7 A.C. dont 1 oblitéré 1 avec coprostase NG 1 cholecystectomie 1 constipation chronique 1 entérite 1 colite 1 gastrite 1 Sténose aortique + artères rénales
41 - 45	F 3 M 2 S 3/5 Paramètres N sauf 1 VS à 17 O 4 A.N. dont 1 avec bride 1 avec coprolithe 1 A. adhérent avec fibrome ut. H 5 A.C. dont 1 oblitéré NG 4 RD 2 constipations chroniques 1 lithiase vésiculaire	61 - 65	F 3 M 1 S 3/4 T 36 - 38 P 64 - 96 VS 5 - 18 L 5100 - 8050 O 2 A.N. 2 A. adhérents H 4 A.C. NG 4 RD 4 affect. biliaires 1 cholecystectomie 2 constipations chroniques
46 - 50	F 2 M 1 S 0 Paramètres N O 1 A.N. 1 A. sous-séreux 1 A. adhérent avec k ov d H 3 A.C. NG 2 RD 1 constipation chronique 1 dysménorrhée 1 entérite	66 - 70	M 1 Paramètres N O A.N. H A.C. oblitéré NG RD hernie inguinale D
51 - 55	F 1 M 2 S 2/3 Paramètres N sauf 1 T à 38,3 O 3 A.N. H 3 A.C. dont 2 oblitérés NG 2 RD 1 constipation chronique 2 troubles digestifs 1 lithiase rénale d.		

Tableau no 13c

Guéris à long terme

11 - 15	F 1 M 1 S 1/2 T 37,2 - 38 Paramètres N O 2 A. adhérents H 2 A.C.	31 - 35	F 1 M 5 S 3/6 T 36 - 37,7 P 60 - 84 VS 2 - 9 L 3900 - 9400 O 4 A.N. 1 A. hyperémié 1 A. adhérent H 6 A.C. dont 2 oblitérés 1 avec coprostase
16 - 20	F 24 M 13 S 20/37 T 36,2 - 38,2 P 60 - 108 VS 2 - 30 L 3400 - 11100 O 27 A.N. dont 3 avec k ov d 2 avec Ggl més 2 avec liq périt 6 A. adhérents 4 A. hyperémié H 37 A.C. dont 3 avec coprostase 1 oblitéré 1 avec k séreux 1 périappendicite	36 - 40	F 2 M 2 S 2/4 T 36,8 - 37,6 P 68 - 92 VS 3 - 13 L 4700 - 13600 O 3 A.N. 1 A. adhérent H 4 A.C. dont 2 oblitérés
21 - 25	F 13 M 5 S 11/18 T 36,2 - 38 P 68 - 104 VS 1 - 14 L 3200 - 10250 O 15 A.N. dont 2 avec k ov d 2 avec Ggl més 1 avec trompe D tum 1 avec Meckel 2 A. adhérents 1 A. hyperémié H 18 A.C. dont 2 avec coprostase 1 oblitéré 1 en poussée sub. 1 Meckel calme	41 - 45	F 1 M 2 S 1/3 Paramètres N O 1 A.N. 1 A. hyperémié 1 A. adhérent H 3 A.C.
26 - 30	F 4 M 4 S 6/8 T 36 - 37 P 60 - 84 VS 3 - 15 L 4000 - 8700 O 7 A.N. dont 1 avec Ggl més 1 A. hyperémié H 8 A.C. dont 1 oblitéré	46 - 50	M 1 Paramètres N O A.N. H A.C.
		51 - 55	F 1 Paramètres N O A.N. avec myome ut. H A.C.
		61 - 65	

Tableau no 13d

Non-Guérés à long terme

16 - 20	F 4 M 2 S 5/6 Paramètres N sauf 1 P à 108 O 4 A.N. 1 A. adhérent 1 A. sous-séreux H 6 A.C. dont 2 oblitérés NG 1 affect. biliaire 1 "Mittelschmerz" 1 cystite 1 gastrite 1 entérite 1 constipation chronique	31 - 35	F 2 S 1/2 Paramètres N sauf 1 L à 10800 O 1 A. hyperémie 1 A. sous-séreux H 2 A.C. NG 1 annexite D 1 éventration
		36 - 40	M 1 Paramètres N O A.N. H A.C. NG lithiase urétérale d
21 - 25	F 3 S 2/3 Paramètres N O 2 A.N. dont 1 avec k ov d 1 A. adhérent H 3 A.C. dont 1 avec k corps j. NG 1 colon spastique 1 dysménorrhée 1 constipation chronique 1 ulcus duodénal	41 - 45	M 1 Paramètres N O A. hyperémie H A.C. NG lithiase urétérale bilat.
		46 - 50	M 1 Paramètres N O A.N. H A.C. NG lithiase urétérale D
26 - 30	F 4 M 1 S 3/5 Paramètres N sauf 1 L à 13000 O 3 A.N. 1 A. adhérent 1 A. sous-séreux H 5 A.C. NG 1 leucorrhée 1 gastrite 1 RD 1 affect. biliaire 1 lithiase urétérale d 1 diverticule vésical	51 - 55	M 1 Paramètres N sauf 1 L à 10700 O A.N. H A.C. NG Troubles neuro-végétatifs
		61 - 65	F 1 Paramètres N O A.N. H A.C. NG sepsis urinaire

Explication des abréviations

F = féminin
M = masculin
SS = symptômes d'accompagnements autres
que douleur de la FID
T = température (fourchette)
P = pulsation (fourchette)
VS = vitesse de sédimentation à la
première heure (fourchette)
L = leucocytose (fourchette)
O = description macroscopique

A.N. = appendice normal
Ggl. més = ganglion mésentérique
Liq. périt = liquide péritonéal
N = normal
k ov d = kyste ovaire droit
H = histologie
A.C. = appendice cicatriciel
NG = non-guérés
RD = reprise des douleurs pour
n'importe quelle raison
(voir détails dans le texte)

Tableau no 14 Relation entre symptomatologie post-opératoire et macroscopie

A court terme

	Total	Guéris	Non guéris
Appendice normal	113	46 (40,7 %)	67 (59,3 %)
Appendice normal + autre pathologie	33	12 (36,4 %)	21 (63,6 %)
Appendice hyperémifié	27	11 (40,7 %)	16 (59,3 %)
Appendice adhérent	28	10 (35,7 %)	18 (64,3 %)
Appendice adhérent + autre pathologie	7	1 (14,3 %)	6 (85,7 %)
	203	80 (38,46 %)	128 (61,54 %)

A long terme

	Total	Guéris	Non guéris
Appendice normal	72	60 (83,4 %)	12 (16,6 %)
Appendice adhérent	15	10 (66,7 %)	5 (33,4 %)
Appendice enflammé	15	11 (73,4 %)	4 (26,6 %)
	102	81 (79,41 %)	21 (20,59 %)

Tableau no 15a

Relation entre symptomatologie post-opératoire et histologie

A court terme

	Total	Guéris	Non guéris
Appendice normal	155	57 (36,8 %)	98 (63,2 %)
Appendice cicatriciel oblitéré	20	6 (30 %)	14 (70 %)
Appendice cicatriciel + coprostase	9	3 (33,4 %)	6 (66,7 %)
Appendice subaiguë	6	3 (50 %)	3 (50 %)
Appendice cicatriciel + diverticule de Meckel	5	3 (60 %)	2 (40 %)
Appendice cicatriciel + hyperplasie lymphoïde	2	1 (50 %)	1 (50 %)
Appendice cicatriciel + affection gynécologique	2	1 (50 %)	1 (50 %)
Appendice cicatriciel ectasié	4	1 (25 %)	3 (75 %)
Appendice cicatriciel neuromateux	2	2	
Appendice cicatriciel diverticulaire	1	1	
Appendice cicatriciel + neurones de Masson	1	1	
Appendice cicatriciel + épiploon nécrosé	1	1	
	208	30	128

Tableau no 15b Relation entre symptomatologie post-opératoire et histologie

A long terme

	Totaux	Guéris	Non guéris
Appendice normal	72	61 (76,7 %)	17 (21,3 %)
Appendice cicatriciel oblitéré	10	7 (70 %)	3 (30 %)
Appendice cicatriciel + coprostase	7	7	
Appendice subaiguë	1	1	
Appendice cicatriciel + diverticule de Meckel	1	1	
Appendice cicatriciel + hyperplasie lymphoïde	2	2	
Appendice cicatriciel + affection synécologique	2	1 (50 %)	1 (50 %)
Appendice cicatriciel + périappendicite	1	1	
	102	81	21

Tableau no 16 Comparaison entre (en pourcentage)

Nombre total de malades guéris et nombre total des cas

	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	Total
H	1	12	8	2	2	2	2	1	2	2	0	1	35
Guéris c.t.													
F	0	14	11	5	4	1	4	1	1	3	0	1	45
H	1	13	5	4	5	2	2	1	0	0	0	0	33
Guéris l.t.													
F	1	23	13	4	2	2	1	0	1	0	1	0	48
Cas guéris sur total des cas	3/4	62/100	37/60	15/39	13/35	7/21	9/15	3/7	4/8	5/12	1/6	2/3	161/310
Idem en %	75 %	62 %	61,67 %	38,46 %	37,14 %	33,34 %	60 %	42,86 %	50 %	41,67 %	16,67 %	66,67 %	51,94 %

Finalement, nous avons montré que 66 malades sur 149 non guéris souffraient de constipation chronique, soit le 44,3 % et que 20 femmes se plaignaient en plus de dysménorrhée (= 22 %).

En conclusion, nous dirons que la notion d'appendicite chronique, quoique impossible à infirmer ou à affirmer ne peut d'emblée être rejetée du diagnostic différentiel d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. Nous pensons qu'il faut être et rester clinicien comme le dit si bien Girard dans son article, et ceci d'autant plus si nous nous trouvons face à une femme de nationalité étrangère qui a un âge compris entre 25 et 40 ans et qui signale dans ses antécédents une constipation chronique et une dysménorrhée.

Résumé

Après une introduction montrant le raisonnement qui nous a poussé à entreprendre ce travail, nous faisons un rapide survol de la littérature.

Une fois défini ce syndrome, nous expliquons le double but que nous avons poursuivi.

Il s'agissait de savoir en premier lieu si ce "mythe" existait réellement, et si c'était le cas, de tenter de trouver un cheminement valable et utilisable facilement dans une consultation courante.

Une recherche épidémiologique nous a montré que cette maladie était quatre fois plus fréquente chez l'étranger que chez le Suisse.

Toutes les analyses cliniques, para-cliniques et catamnétiques se sont révélées non valables d'un point de vue statistique. Nos résultats correspondent en grande partie à ceux des auteurs consultés. Cette thèse ne diffère en rien dans la proportion de sexe, dans l'utilité des examens complémentaires, dans la présence de constipation chronique ou de dysménorrhée. Tous les autres symptômes sont en nombre trop réduit pour pouvoir jouer un rôle quelconque.

Notre taux de guérison est un plus pessimiste que normalement : 30 % chez nous contre 40 - 60 % en général.

La seule analyse qui diffère et qui est nouvelle est la découverte d'une période d'âge où le diagnostic est fortement à mettre en doute (25 - 40 ans).

Il faut tout de même signaler l'association amygdale-appendice qui pourrait éventuellement nous faire déboucher sur un problème immunologique et une utilité dans ce sens de l'appendice.

Conclusions

Le premier point difficile à résoudre fut de trouver une définition. Nous avons finalement opté pour la sagesse en disant que l'appendicite chronique fait partie du "syndrome douloureux de la fosse iliaque droite".

Notre double but défini au début de ce travail n'a été que partiellement atteint. Il est certain que sans pouvoir amener de preuve évidente (mais existe-t-elle ?), nous avons pu montrer que ce diagnostic est rare (26,1 % de guérisons à long terme) et qu'il est à poser uniquement une fois que tous les autres diagnostics ont été exclus.

Quant à trouver un cheminement au sujet de l'approche de cette "maladie", nous pouvons dire ce qui suit :

- cette maladie est quatre fois plus fréquente chez les étrangers que chez les helvètes
- le rapport hommes/femmes est de un sur trois
- c'est un syndrome qui touche essentiellement la jeune fille ou la jeune femme
- il y a un pourcentage important de constipation chronique chez ces malades
- la dysménorrhée est un facteur à ne pas négliger
- finalement, et c'est un élément que nous n'avons pas trouvé dans les travaux des autres auteurs, il existe une période de la vie comprise entre 25 et 40 ans où la possibilité d'erreur de diagnostic est de 70 %
- avant cet âge il faut être plus facilement interventionniste, après et jusqu'à la période de la gériatrie, il faut réserver son diagnostic. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de rappeler le problème de l'appendicite chez le vieillard
- tous les examens complémentaires sont inefficaces dans l'approche du diagnostic et ne peuvent en aucun cas le confirmer ou l'infirmier et ceci est également vrai pour le "transit appendiculaire".

On peut résumer tous ces éléments en une phrase :

Méfions-nous d'une jeune Italienne ou Espagnole qui a entre 25 et 40 ans, présentant une douleur de la fosse iliaque droite et signalant une constipation chronique et une dysménorrhée dans son anamnèse.

En tout dernier lieu ce ne sera que la clinique et en particulier l'examen clinique qui nous permettra d'affirmer l'utilité de notre intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMYAND Cl. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci, incrusted with stone.
Phil. Trans., 1736, 39(329)
2. BUTSCH W. L. Recurrent appendicitis, fact not fallacy.
Postgr. Med. oct 73 vol. 54 No 4 p.132-7
3. CARNETT J. B. Fallacies concerning chronic appendicitis
BOLES R. S. JAMA 91 : 1679, 1928
4. COLLINS D. C. Present concepts in managements of both chronic and acute appendicitis, with report on 12, 813 consecutive appendectomies. J. Internat. Coll. Surgeons 11:154, 1948
5. DUPUYTREN G. Arch. Chir. Neerl. XXVII-II 1975 p. 97 - 102
6. FREUDENBERG V. Die chronische Appendizitis aus patho-morphologischer Sicht Med. Welt 25/Heft 42 1974 p. 1686 - 1689
7. GILMORE O. J. A. + coll. JMEF 761 - 7
8. GIRARD M. M. Ce qu'il faut penser de l'appendicite chronique.
J. Méd. Lyon 20 déc. 1970 p. 2179 - 2185
9. HOSOI Gastr.-Ent. Vol. II Sec. Ed. p. 1091 - 1092
10. ISMAÏLOV Akh Catamnesis after appendicular colic (Rus)
Klin. Med. (Mosk) 52(8) : 134-6 1974
11. KRONE H. A. Histologische Befunde bei prophylactisch entfernten Appendizes Geburtsh. u. Frauenheilk. 26(1970) 603 p. 738-742
BERGEUER O.
12. LINDENSCHMIDT O. Helv. Chir Acta 1970 p. 177 - 180
13. LOUYER-
VILLERMAY J. B. Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendicite du caecum.
Arch. gén. Méds., 1824, 5(246)
14. McARTHUR L. L. Arch. gén. Neerl XXVII-II 1975 p. 97 - 102
15. MACHAN F. G. Zur Appendektomie bei chronisch rezidivierender Appendizitis Zbl. Chir. 97(1972) 296 - 299
16. McBURNEY C. Experience with early operative interference in cases of disease of the Vermiform appendix
N. Y. Med. J. 1889, 50(676)

17. MCBURNEY C. Charles McBurney and appendectomy (Hun)
Konkoly TA Orv Hetil 114: 2431-2 7 Oct 73
18. MELIER F. Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice caecale.
J. gén. Méd. Chir. Pharm. 1827, 100(317)
19. MESTIVIER F. F. Observation sur une tumeur située proche la région ombilicale du côté droit, occasionnée par une grosse épingle trouvée dans l'appendice vermiculaire du caecum.
J. gén. Med. Chir. Pharm. 1759, 10(441)
20. de MOULIN D. Historical notes on appendicitis
Arch. Chir. Neerl. XXVII-II 1975 p. 97 - 102
21. ROHNER A. Appendice
Path. Chir. 1971 Masson et Cie p. 758-9
22. ROMERO J. T. Appendicitis cronica, criterio clinico y diagnostico
Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. XLV p. 197 - 202 Fév. 1975
23. SCHENIAKIN O. S. Clinical histological parallels in appendicitis (Rus)
Etal. Voen. Med. Zh. 9:34-6 Sept 73
24. SCHRAMM H. Die chronische Appendizitis und ihre Operationsergebnisse
FREUND E. nisse
SCHICKEDANZ H. Zschr. ärztl. Fortbild 66. Jg. H. 14 p. 717 - 720
25. SEGE D. Die sogennante chronische Appendizitis aus der Sicht des Chirurgen
Helv. Chir. Acta 1970 p. 177 - 180
26. SYMONDS C. On a case in witch, at the suggestion on the late Dr. Mahomed, a calculus was removed from the vermiform appendix for the telief of recurrent typhlitis.
Lancet 1:895, 1885
27. TAIT C. Arch. Chir. Neerl. XXVII-II 1975 p. 97 - 102
28. THERKELSEN F. On the histological diagnosis of appendizitis
Acta chir. Scand. (suppl 108) 94 1-48 1946
29. TREVES F. Lectures on the anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man.
Brit. M. J. 1:415, 1885
30. WOLF H. -J. Einführung in die innere Medizin. VEB Georg Thieme Verlag Leipzig 1960

